

ANAMNESE FRAGEBOGEN

Herzlich Willkommen in der ZAHNARZTPRAXIS DR. YAKIN.

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche/Probleme unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren zahnmedizinischen und allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist für eine adäquate und risikofreie Behandlung unerlässlich. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Gibt es Fragen oder Probleme beim Ausfüllen des Formulars? Wir helfen Ihnen gerne weiter.

ANGABEN ZUR PERSON

Name Titel

Vorname Geburtsdatum

Strasse, Nr. PLZ, Ort

Tel. (privat) Tel. (mobil)

E-Mail Beruf

Arbeitgeber..... Tel. (Arbeitsplatz)

VERSICHERUNG

Privat Gesetzlich

WENN SIE NICHT SELBST KRANKENVERSICHERUNGSMITGLIED SIND, WER IST VERSICHERTER?

Name Titel

Vorname Geburtsdatum

Strasse, Nr. PLZ, Ort

RECHNUNGSANSCHRIFT, FALLS ABWEICHEND

Name Titel

Vorname Geburtsdatum

Strasse, Nr. PLZ, Ort

ZAHNMEDIZINISCHE FRAGEN

Wann war Ihr letzter Zahnarztbesuch?

Wann wurde die letzte Röntgenaufnahme Ihrer Zähne gemacht?

Wann war Ihre letzte professionelle Zahnreinigung?

Haben Sie Zahnschmerzen? Ja Nein – wenn Ja, folgende.....

Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück? Ja Nein

Blutet Ihr Zahnfleisch? Ja Nein

Haben Sie Geräusche/Schmerzen im Kiefergelenk (z. B. Knacken)? Ja Nein – wenn Ja, wo

Knirschen oder Pressen Sie mit Ihren Zähnen? Ja Nein

Bitte wenden

GESUNDHEITSFRAGEN ZUR PERSON

Erkrankungen des Herz-/Kreislaufsystems
(Bluthochdruck, Herzinfarkt, Angina Pectoris, koronare Herzerkrankung, Herzrhythmusstörung, Herzschrittmacher, Endokarditis, Klappenersatz, Apoplex (Schlaganfall))

Ja Nein – wenn Ja, folgende.....

Herzpass Ja Nein

Infektionskrankheiten

Ja Nein – wenn Ja, folgende.....
 HIV pos/AIDS Hepatitis A/B/C Tuberkulose

Blutgerinnungsstörung

Behandlung mit Gerinnungshemmern Ja Nein.....

Künstliche Gelenke

wenn Ja, wann war die OP?.....

Erkrankungen der Leber

Ja Nein – wenn Ja, folgende.....

Stoffwechselerkrankungen
(z. B. Diabetes, Schilddrüse)

Ja Nein
bei Diabetes insulinpflichtig?

Erkrankungen der Niere

Ja Nein – wenn Ja, folgende.....
 dialysepflichtig?

Erkrankungen der Atemwege
(z. B. Asthma, chron. Bronchitis)

Ja Nein – wenn Ja, folgende.....

Erkrankungen des Nervensystems (z. B. Epilepsie)

Ja Nein – wenn Ja, folgende.....

Glaukom (grüner Star, erhöhter Augeninnendruck)

Ja Nein

Schwangerschaft

Ja Nein – wenn Ja, welche Woche.....

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Ja Nein – wenn Ja, folgende.....

Unverträglichkeiten auf Medikamente oder Medizinprodukte (Latex, Jod, Penicillin)

Ja Nein – wenn Ja, folgende.....
Allergiepass Ja Nein

Nikotin

Ja Nein – wenn Ja, wie viel/Tag.....

Hatten Sie bereits bei einer Lokalanästhesie („Spritze“) Probleme?

Ja Nein – wenn Ja, folgende.....

Falls Sie eine oder mehrere der Fragen mit „Ja“ beantwortet haben, teilen Sie uns bitte Name und Anschrift Ihres Hausarztes und ggf. Facharztes mit:

Name Telefon

Strasse, Nr. PLZ, Ort

SONSTIGE HINWEISE

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Persönliche Empfehlung durch

Internet: Google Ärztebewertungsportal (welches?)

Werbung/Einkaufswagen:

Rewe (Rosa-Bavarese-Str.) Rewe (Friedenheimer Brücke 27) Edeka (Wotanstr. 40) sonstiges:

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

Wichtiger Hinweis: Teilen Sie uns bitte eine Änderung Ihres Gesundheitszustandes unaufgefordert vor der nächsten Behandlung mit!

Zwecks einer langfristigen Absicherung der Behandlungsergebnisse nehmen wir Sie sehr gerne in unser Wiederbestellsystem (Recall) auf.
Terminerinnerung bitte per E-Mail SMS Post Keine

Um Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen, planen wir Behandlungszeiten ein, die nur für Sie bereitgestellt werden. **Sollten Sie vereinbarte Termine nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie aus diesem Grund, diese mindestens 24 Stunden vor Terminbeginn abzusagen.**
Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termine nach Zeitaufwand der geplanten Behandlung in Rechnung zu stellen.

München, Datum, Unterschrift

Vielen Dank für Ihren Besuch.